UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1970 - N° .....

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE

(A partir d'une étude statistique, dynamique et historique de la population ayant séjourné à l'Hôpital Psychiâtrique de Blida, débouchant sur une proposition d'organisation en secteurs géographiques de cette population).

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 1970

PAR

KASMI MOHAMED
né le 2 Mai 1938, à Constantine

MEMBRES DU JURY

M. MERIOUA, Professeur de Pathologie Médicale ..... Président
M. BENMILOUD, Maître de conférence agrégé (Psychiâtrie) } Juges
M. KEBBOUCHE, Maître de Conférence agrégé (Hygiène) } Juges
M. CADOUR, Neuropsychiâtre des Hôpitaux des Armées } Juges

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536513_0003

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1970 - N° .....

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE

(A partir d'une étude statistique, dynamique et historique de la population ayant séjourné à l'Hôpital Psychiâtrique de Blida, débouchant sur une proposition d'organisation en secteurs géographiques de cette population).

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 1970

PAR

KASMI MOHAMED
né le 2 Mai 1938, à Constantine

MEMBRES DU JURY

M. MERIOUA, Professeur de Pathologie Médicale ..... Président
M. BENMILOUD, Maître de conférence agrégé (Psychiâtrie)
M. KEBBOUCHE, Maître de Conférence agrégé (Hygiène) } Juges
M. CADOUR, Neuropsychiâtre des Hôpitaux des Armées

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

- A mes parents .

- A mes amis .

- A Monsieur Le Docteur RIDOUH

Pour sa collaboration dans la réalisation de ce travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre amitié.

A tous mes camarades de l'Hôpital psychiatrique F. Fanon de Blida.

- À notre Président de thèse

Monsieur Le Professeur MERIOUA

Professeur de Pathologie Médicale

qui nous fait l'honneur de présider cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici tous nos remerciements et toute notre gratitude pour l'enseignement qu'il nous a donné, ainsi que l'expression de notre hommage très respectueux.

A nos juges,

onsieur Le Professeur [illegible]ILOUD

aître de Conférences agrégé (euro-psychiatrie)

Nous lui exprimons notre vive reconnaissance pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé et l'aide qu'il nous a apportée pour la réalisation de ce travail.

A Monsieur Le Professeur MEBOUCHE

Maître de Conférences Agrégé (Hygiène)

Nous le remercions vivement de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger ce travail.

A Monsieur Le Docteur CADOUR

Neuro-psychiatre des armées

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse et en avez permis l'élaboration, ne ménageant ni votre temps ni vos conseils judicieux, veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude et de notre affectueux attachement.

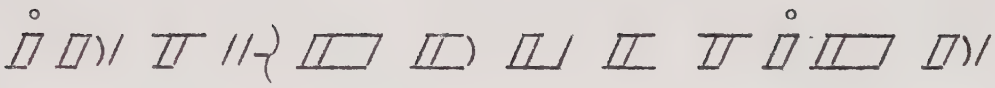
SERMENT D' HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exiferai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères, si j'y manque.



I N T R O D U C T I O N

Dans ce travail nous avons voulu montrer comment, en étudiant la population des malades entrés et sortis, hommes et femmes, depuis plusieurs années; en étudiant leur origine géographique nous sommes arrivés peu à peu à chercher une solution au problème de la surcharge et de l'encombrement.

L'Hôpital psychiatrique de Blida étant un hôpital très actif a vu se diriger vers lui la plus grande part du travail psychiatrique et donc, il est en mesure de donner un éclairage sur les besoins d'urgence.

Cette urgence passait par le biais de la consulta -tion, de la post-cure et des problèmes posés par le sédi- -ment: nous avons ainsi un deuxième éclairage sur les be- -soins.

Le troisième et dernier éclairage qui est d'origi -ne speculative intellectuelle c'est par rapport à la règle de Jeil et à travers la psychiatrie du travail, la

prise de conscience des problèmes de prévention.

Jusqu'à présent, l'équipe en place ne se sent pas en mesure de les prendre en charge, car il faut bien dire que l'on suffit à peine aux problèmes d'urgence de la post-cure, et devant les déficits en personnel et en moyens on n'ose considérer le problème de la prévention.

C'est donc poussés par la nécessité que nous avons envisagé une solution.

Nous sommes conscients que le plan de secto--risation, s'il aboutit, pourra parer pendant trois à cinq ans à la situation actuelle de la psychiatrie en Algérie qui est déplorable, mais ne suffira pas à palier à tous les problèmes.

Le secteur ne peut répondre à tout, n'est pas une solution miracle, ni une évasion utopique, mais une tentative de réveil de la communauté et des pouvoirs pu--blics pour les amener à percevoir l'énorme problème des ma--ladies mentales et à abandonner définitivement l'illusion ségrégative qui consiste à exclure le patient de sa commu--nauté en le rejetant dans un hôpital psychiatrique; et, c'est paradoxalement dans un hôpital psychiatrique que nous est venue par nécessité cette prise de position qui consiste à réaliser la dispersion de l'institution dans le secteur.

Notre étude comportera trois chapitres dont nous indiquons les différentes parties dans le sommaire suivant:

_ HISTORIQUE DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE BLIDA _

- Chapitre I -

Etude du mouvement de la population de l'Hôpital de 1958 à 1969.

1°) avant l'indépendance (1958-1959-1960)
2°) pendant l'année 1963
3°) après l'indépendance
4°) étude du sédiment.

- Chapitre II -

Etude théorique du secteur.

1°) définition
2°) historique
3°) signification
4°) analyse.

- Chapitre III -

Conclusions et perspectives.

1°) exposés des motifs
2°) avantage du secteur
3°) difficultés en Algérie
4°) perspective à court terme
5°) perspective à long terme.

- Bibliographie -

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

/-/ ISTORIQUE DE BLIDA-JOINVILLE

-:-

En 1912, à l'issue du Congrès de Tunis une commissio présidée par le Professeur REGIS dressait un plan d'ésile de 1 200 lits à Blida sur un terrain de 80 hectares offert par la municipalité de cette ville et prévoyait un projet de clinique universitaire de 100 lits à Alger.

La guerre de 1914 suspendait tout.

En 1924, une commission spéciale, sur la proposi--tion de son rapporteur le Doyen Jean LEPINE de Lyon, reprenait le projet et définissait les grandes lignes d'un programme réalisé par la suite dans sa majeur partie.

Le grand principe adopté alors, était celui d'une assistance psychiatrique en profondeur sur plusieurs années bien articulées entre elles; chaque formation devait répondre à des indications précises dans un plan d'ensemble.

a) Une première ligne d'assistance a été réalisée par des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux d'Alger, Oran et Constantine permettant l'admission rapide des cas aigûs, assurant le bénéfice immédiat des ressources du laboratoire, des examens de spécialistes aux malades entrés à la phase aiguë de leur psychopathie.

b) Une seconde ligne d'assistance était repré--sentée dans le programme par des formations hospitalières

entièrement spécialisées autonomes à distance du chef lieu là où se trouvent les espaces nécessaires à de multiples pavillons différenciés par catégories de malades et des terrains de culture pour le travail des malades (H.P.B.).

c) Une troisième ligne d'assistance complémentaire économique se composait de formations accessoires pour les catégories bien spéciales de malades peu exigeants en soins particuliers (vieillards, enfants débiles, épileptiques, dépot de chroniques et d'incurables) à bas prix de journée (Aumale, El-Asnam, St. Denis du Sig).

- En 1929, les délégations financières réduisant de moitié les prévisions, votaient un crédit de 25 millions pour 750 places seulement. Par la suite, le total des dépenses atteignit 40 millions, mais la capacité de l'hôpital fut portée à 1 200 lits, rapidement occupés et même dépassés.

- Le 15 Mars 1933, un arrêté du Gouverneur Général donna la vie administrative à l'hôpital de Blida-Joinville.

Les premiers malades y entraient le 13 Juillet 1933.

- Avant cette date une catégorie seulement de malades mentaux, objet de mesures d'internement pouvaient bénéficier d'une hospitalisation en milieu psychiatrique, ceux-ci étaient alors envoyés en France (soit à Aix en Provence, soit à Charenton).

- Il s'agissait de médico-légaux reconnus

irresponsables pour un acte délictuteux commis et dont l'héberge-ment dans un hôpital psychiatrique en Algérie était impossible faute d'établissement de ce genre.

Les premiers pavillons construits "Saliège " et "Raynaud" ont été conçus pour avoir une capacité de lits impor-tante.

En face de ces deux gros pavillons deux autres "Jaubertie" et"Gérente" de capacité plus modeste ont été édifiés en vue de l'hospitalisation de malades "spéciaux"; dans l'un étaient entassés les épileptiques et dans l'autre les malades grabataires.

Il faut signaler au passage les conditions de vie et d'hygiène souvent précaires qui régnaient alors dans ces services, à Jaubertie, pavillon des épileptiques, des incidents divers et des disputes fréquentes émaillaient la vie de chaque jour.

Quant au pavillon des grabataires, le manque de soins et d'hygiène rendait l'atmosphère insupportable dans les salles, d'ailleurs travailler à Gérente était une forme de sanction disciplinaire pour l'agent affecté à ce service.

Les moyens de contention avaient pour ainsi dire priorité sur les soins.

La solution bromurée était d'un usage habituel, c'était le médicament qui était adjoint à la ceinture, à la camisole et au maillot de force.

Les infirmiers portaient une tenue de drap noir avec une casquette de même couleur qui leur donnait une allure de "croque mort ".

Le premier médecin à prendre ses fonctions à l'hôpital a fait figure de pionnier et bien souvent il se trouvait confronté à des situations difficiles, il était amené à procéder lui-même aux extractions dentaires et cela sans même une anesthésie locale.

Le traitement hydrothérapique était d'un usage courant, parfois des incidents techniques (brûlures par exemple survenaient au cours des séances.

L'hôpital a fonctionné ainsi avec des moyens de fortune pendant trois ou quatre années, ce n'est que vers 1936 - 1937 que le premier pavillon de soins (pavillon Raynier) a ouvert ses portes.

Durant les années qui suivent, l'hôpital s'est agrandi et prit rapidement de l'importance par la construction de plusieurs autres pavillons et l'arrivée de nombreux médecins; la création des annexes d'Aumale et d'Orléansville où étaient les malades réputés incurables.

De 1941 à 1944, lors de la seconde guerre mondiale année cruciale pour les malades et le personnel, l'hôpital a vécu une période de misère et de dénuement:

- manque d'aliments
- pénurie de linge
- absence de soins

- épidémies fréquentes,
- décès nombreux par cachexie et malades contagieux.

1945 a marqué la fin de la guerre et en même temps la fin de cette période de pauvreté et de dénuement. Dès lors on notait une amélioration aussi bien de mode de vie que de soins médicaux.

La nouvelle de l'ouverture de l'hôpital de Blida - Joinville a été un grand sujet d'actualité en cette période "Dar el M'Habel" de Blida a été l'objet de nombreux commentai - -res, un sujet de curiosité.

A Joinville on venait enfermer les " fous " recon - -nus indésirables par la société.

Les placements d'office étaient donc la forme habituelle d'hospitalisation, plus rarement quelques place- -ments volontaires chez les européens.

Dans certaines régions pour ne pas dire toutes, c'était un grand déshonneur pour telle famille dont un des siens a été admis à "Dar el M'Habel".

Le premier Directeur en fonction a rencontré par ailleurs, beaucoup de difficultés pour embaucher du personnel car, était également considéré comme un homme sans valeur quiconque acceptait de travailler dans un tel endroit.

A Blida des crieurs publics sillonnaient les rues,

invitaient toutes les personnes en chomage à se présenter à l'hôpital psychiatrique de Joinville pour y travailler; ce n'est que quelques années plus tard (vers 1935 -1936) que les demandes d'emploi étaient formulées.

Une activité ergothérapique, quoique limitée aux seuls travaux de jardinage ou de nettoyage, était instituée.

Du point de vue thérapeutique les médications les plus courantes étaient:

- le cardiazol
- le novar bismuth pour le traitement des siphylitiques,
- les électrochocs
- les chocs hyperthermiques par impaludation.

Parallèlement au nombre des admissions qui augmentait d'année en année; les ressources thérapeutiques variaient dans la forme et les indications:

- sismothérapie
- insulinothérapie
- convulsivothérapie
- cure de désintoxication
- cure de sommeil
- lobotomie pratiquée sur certains malades réputés dangereux, puis vers 1952 apparition du serpasil, du largactil et autres neuroleptiques.

Vers 1955, avec l'arrivée du Docteur Frantz FANON, l'ergothérapie et la sociothérapie connurent un regain d'activité nouvelle; des soirées récréatives étaient souvent organisées dans les pavillons, des séances de cinéma se déroulaient une fois par semaine à la chapelle, de même à l'occasion des grandes fêtes des mets traditionnels étaient servis aux malades.

Enfin des excursions hebdomadaires par auto-car au bord de la mer ont pu être organisées.

Sur le plan local, l'équipe médico-administrative prit de plus en plus conscience de l'importance des problèmes collectifs et cette collaboration permit ainsi la réalisation de certains projets:

- création d'ateliers d'ergothérapie
- création du journal hebdomadaire.

Aussi les conditions de vie du malade se trouvent-elles améliorées progressivement.

Les moyens de contention classiques (camisole, ceinture et maillot de force) furent peu à peu abandonnés.

Jusque-là le mode de placement pour l'ensemble de l'hôpital était à peu près uniforme, il s'agissait presque toujours de placement d'office, quelques rares placements volontaires (gratuits ou payants).

Ce n'est que deux ou trois années plus tard par suite d'une demande de soins qui ne cessait de croître avec le temps par la population, qu'une commission médico-

- administrative décidait l'ouverture effective des consultations et des cures libres en 1958.

Dès lors, le nombre de mal des admis en cure libre augmentait très rapidement au dépens de ceux admis en placement d'office, et, dès les premiers mois de 1960, les médecins qui exerçaient alors dans ce cadre, constataient un mouvement de population jamais atteint jusque-là et la capacité était large--ment dépassée.

De 1962 à 1964, le bouleversement socio-démographique amené par l'indépendance, avait créé une situation nouvelle tant à Alger qu'à Blida et dans le reste du pays.

A Alger, c'était la disparition des services de psychiatrie privée ainsi que le départ de la quasi totalité des psychiatres de cette ville. L'annexion d'une clinique par les services publics, ainsi que la persistance du service très réduit de l'hôpital Mustapha, amenait le potentiel d'hospitalisation à 300 lits.

A Blida, à l'origine hôpital psychiatrique du département d'Alger, le départ des malades européens rapatriés, permettait pour un temps à cette formation de 2 200 lits d'assurer les services pour une population estimée à 6 - 7 millions d'habitants très grossièrement si l'on tient compte des 8 à 9 départements que cet hôpital desservait en quantité conséquente; en fait l'hôpital recevait des malades de tous les départements algériens (au nombre de 14).

Les unités psychiatriques d'Oran et de Constantine, avec une capacité plus modeste (600 à 700 lits pour Oran), virent leur effectifs vite dépassés.

Devant cette situation et devant les idées qui couraient alors dans le congrès et les revues européennes, après la circulaire du 15 mars 1960 qui avait été diffusée dans notre pays, la poignée de psychiatres encore en poste espéra voir là une sédation à la pression de demande de soins qui se faisait urgente.

Les praticiens de la ville d'Alger découpaient une zone qu'ils appelaient: secteur et qui comportait:

- Alger et les communes de Baba-Ali, Baba-Hassen, Bainem, Baraki, Beni-Messous, Birkadem, Birmandreis, Bouzaréah, Chéragas, Crescia, Dély-Ibrahim, Diar-Essalem, Douéra, Draria, Guyotville, Le Hamiz, Hussein-Dey, Kouba, El-Achour, El-Biar, Eucalyptus, Fort-de-l'Eau, Gué de Constantine, La Madrague, Mahelma, Maison-Blanche, Oued Smar, Ouled Fayet, Palm-Beach, Retour-de-La Chasse, Sainte Amélie, Saint Eugène, Saint Ferdinand, Saoula, Sidi-Ferruch Staouéli, La Trappe, Verte Rive, Saatria, Zéralda.

Une entente était conclue avec les praticiens de l'hôpital psychiatrique de Blida pour que les ressortissants de cette zone soient désormais confiés exclusivement aux praticiens desservant la zone du Grand Alger.

Depuis décembre 1969, une circulaire ministérielle (de la Santé) entérinait cet accord tacite et précisait par ailleurs le territoire à desservir par chacune des unités psychiatriques existant en Algérie.

Désignation de l'établissement	Territoire à desservir
Alger, Drid-Hocine	Alger-Ville Grand-Alger
hôpital psychiatrique	Dpt d'Alger (sauf le Grand-Alger) El-Asnam Titteri Grande Kabylie Sétif Oasis
hôpital de Sidi-Chami	Dpt d'Oran Mostaganem Saïda Tiaret Tlemcen Saoura
hôpital Oued-Athménia	Dpt de Constantine Annaba Aurès

Capitale algérienne de la folie: Blida, avec son flot intarrissable de malades, représente dans l'esprit et le langage populaire le lieu par excellence où vont se rendre tous les handicapés mentaux pour y subir un traitement. Quand on pense: maladie mentale c'est aussitôt l'évocation de l'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville où l'on va amener ce malade qu'on chérit ou celui qu'on ne peut plus souffrir et qui terrorise le monde.

Frantz FANON, dont le passage révolutionnaire a laissé sa trace jusque dans les murs, a transmis son nom à cet hôpital pluri-pavillonnaire où coexistent, témoignant de l'évolution de l'activité psychiatrique, des pavillons de 165 malades et des unités de 50 lits.

Il comprend 25 pavillons eparpillés dans un parc immense et admirable, sillonné par de nombreuses et larges allées bordées d'arbres.

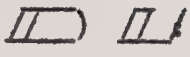
En plus de sa vocation thérapeutique avec ses nombreuses unités d'hébergement, son pavillon médico-chirurgical son service réservé aux tuberculeux, ses centres de vie relationnelle, ateliers, cafés-maures, salle de fêtes, bibli--othéque, il s'inscrit également dans ses murs une vocation couplée d'enseignement et de recherches grâce à ses laboratoi--res d'électroencéphalographie et d'analyses, sa bibliothèque médicale bien fournie et ses salles de cours.

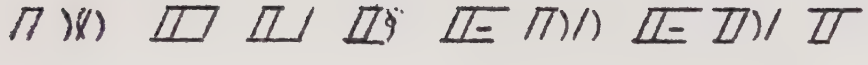
D'asile où les admissions ne se faisaient que sous les modalités traditionnelles prévues par la loi de 1838, il tend à devenir cet hôpital ouvert à la maladie mentale que l'impose l'évolution des moeurs psychiatriques, mais aussi, la réalité de la psychiatrie actuelle de notre pays.

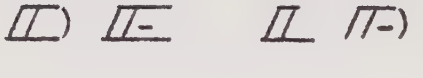
Hôpital, il devient aussi:

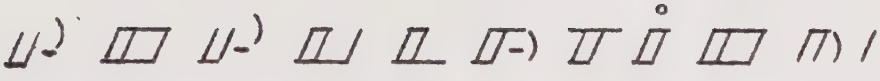
Centre d'Hygiène Mentale.

CHAPITRE I -









(de 1958 à 1969)

II- ETUDE DU MOUVEMENT DE LA POPULATION AVANT L'INDEPENDANCE

(58 - 59 - 60)

Une enquête a porté sur les dossiers des malades admis à l'hôpital psychiatrique pendant les années 58 et 59.

Comme premiers éléments de comparaison, nous avons recherché les admissions enregistrées pendant les années 48 - 49. Pour ces deux années, elle s'élevait à 966; dans ce chiffre étant comptées les réintégrations qui sont exclues du nombre des admissions sur lesquelles a porté notre étude.

Pour 1958 - 1959 les admissions:

Année	Admissions			Sorties
	Internement	Cure Libre	Total	
58	445	568	1 013	
59	477	815	1 292	
60	630	1 472	2 102	

Années	Sorties								
	Internement			Cure Libre			Ensemble		
	Sorties	Décès	Total	Sorties	Décès	Total	Sorties	Décès	Total
58	440	42	482	540	9	549	980	51	1031
59	523	37	560	749	10	759	1272	47	1319
60	696	44	740	1349	25	1374	2045	69	2114

Se sont élevées à 1445 soit:

- 721 "Musulmans" dont 543 en Service Ouvert

pour 156 "Européens" dont 99 en Service Ouvert

- 447 "Musulmans" dont 312 en Service Ouvert

pour 121 "Européens" dont 79 en Service Ouvert.

Ce qui représente un pourcentage de:

- 5 "Musulmans" entrants pour 1 "Européen"
- 3 "Musulmans" entrants pour 1 "Européen".

Il faut cependant noter que l'expansion donnée aux dernières années aux Services ouverts, permet dans de notables proportions, une augmentation du rythme des entrées.

Depuis Décembre 1959, chaque service fermé s'est doublé d'une cure libre.

Ainsi pour les quatre premiers mois, les médecins qui exerçaient dans ce cadre là, nous signalent 550 malades pour 324 pendant l'année 1959.

La presque totalité des malades viennent de l'Al-gérois: 523 + 638 du Constantinois: 16 + 3 (pendant les années 1958 - 1958 le Constantinois n'envoyait pas ses dossiers à l'avance) de l'Oranie : 20 + 417.

Les mêmes médecins ont signalé que si les malades aigûs des régions d'Oran et de Constantine sont rares parcequ'ils peuvent se faire soigner dans le service psychiatrique de ces villes, il n'en est pas de même pour les malades internes.

A ce moment le Constantinois ne possédait pas d'hôpital psychiatrique et Sidi-Chami dans l'Oranie était seulement en chantier.

A cette époque également existait un nombre croissant de malades"Musulmans" rapatriés de France. En fait il s'agissait de sujets ayant été traités dans les hôpitaux psychiatriques de France sortis guéris ou améliorés et qui sans moyen de reclassement sans surveillance médicale, mal dirigés vers les Centres de soins rechutaient rapidement.

La répartitions entre les entrants des villes et des campagnes était à peu près égale.

Le malade d'origine rurale semblait être mieux toléré par le milieu, mais du fait de leur éloignement ils ont aussi beaucoup de difficultés à se rendre jusqu'au Centre psychiatrique.

Années	Admissions			Sorties								
	Intern.	C.L.	Total	Internement			Cure Libre			Total		Totaux
				Sorties	décès	Total	sorties	décès	Total	sorties	décès	
1958	445	568	1013	440	42	482	540	9.	549	980	51	1031
1959	475	815	1292	523	37	560	749	10	759	1272	47	1319
1960	630	1472	2102	696	44	740	1349	25	1374	2045	69	2144

II- ETUDE DU MOUVEMENT DE LA POPULATION PENDANT L'ANNEE 1.963

En 1963, soit quelques mois après l'Indépendance, l'activité de l'hôpital a été dominée par deux traits qui ont prévalu tous les autres.

- le rapatriement de plus de 750 hôspitalisés e en France.
- le nombre extrêmement élevé des admissions plus de 4000 malades.

Les deux phénomènes se sont d'ailleurs trouvés étroitement liés; il est clair que l'Hôpital psychiatrique de Blida n'aurait pu admettre un tel nombre de malades si des lits n'avaient été massivement libérés.

Il faut noter aussi que ce départ important de malades rapatriés a eu pour effet de masquer pour un temps les difficultés d'admission du fait même que l'hôpital disposait, après chaque convoi à destination de la France, d'un certain nombre de lits actifs.

Voyons maintenant de façon plus détaillée ce pa--norama chiffré.

Tout d'abord il s'agit de chiffres énormes: 4546 admissions ont été faites pendant cette année, se répar--tissant ainsi:

- Cure Libre: 3 433 en Cure Libre.
- Internement: 1 113 (308 réintégrations
  (805 admissions.

Le nombre de sorties durant cette même année a été de 3 511 se répartissant comme suit:

- Cure Libre: (sorties: 2 638) Total: 2684
  (décès : 46)
- Internement: (sorties: 773) Total: 827
  (décès : 54)

Cette année aura donc été marquée en deuxième lieu par l'évacuation de 753 malades Français réclamés par leur famille e t transférés dans les hôpitaux psychiatriques français, travail assez étonnant, réalisé avec le concours de multiples services et entreront par voie aérienne et qui seul maintenait un long développement.

Le Départ des malades dits chroniques va donc modifier notre sédiment et permettre un aflux de nouveaux patients et également de décongestionner les cliniques de l'hôpital Mustapha et de l'Hermitage (Drid-Hocine).

Les origines sont intéressantes à considérer par département. Nous les avons classées en trois groupes selon l'importance.

Dans le premier groupe nous avons les départements dont les entrées sont les plus importantes:

- 2 départements se détachent:

ALGER avec 1 721 entrées

TIZI-OUZOU avec 979 entrées.

puis viennent:

EL-ASNAM : 560 entrées

MEDEA : 499 entrées

SETIF : 392 entrées.

Le deuxième groupe où les entrées sont peu importantes sont:

LES OASIS : 89

CONSTANTINE: 83

ORAN : 39

Enfin un troisième groupe où elles peuvent être considérées comme négligeables:

MOSTAGANEM : 9

SAIDA : 2

SAOURA : 11

TIARET : 10

TLEMCEN : 14

Tableau récapitulatif des entrées et sorties en I963

ine	hommes		femmes		total	
	entrées	sorties	entrées	sorties	entrées H et F.	entrées H.F.
er	1076	1290	635	784	1721	2074
éa	326	282	173	128	499	410
snam	380	346	180	169	560	515
Ouzou	776	674	203	159	979	833
f	310	313	82	63	392	376
s	66	63	23	12	89	75
s	185	291	78	201	263	492

Les malades de placement ont été:

- Service Ouvert de Cure Libre : 80 %
- Placement Volontaire : 17 %
- Placement d'Office : 3 %

Comme conclusion d'une année d'activité après l'indépendance, le transfert des malades Européens a retardé les phénomènes de trop plein de l'hôpital.

Si l'effectif est dépassé, n'oublions pas de signaler les annexes d'Aumale, Orléansville et Koléa qui prenaient en charge 600 malades.

Les consultants externes, en 1963, ont été de 3064 pour hommes, femmes et enfants.

Dès lors déjà, les médecins en fonction à l'hôpital demandaient que la construction d'un hôpital psychiatrique en Kabylie serait souhaitable; de même que Constantine avait besoin d'être structurée sur ce plan.

Oran semble absorber une bonne partie des malades.

Enfin, Les Oasis et la Saoura sont démunis, et là, il faut penser à mettre en place une unité ou plusieurs unités de soins.

Enfin, on retiendra la proposition d'un système de post-cure qui pourrait apporter un allègement à cette misère de la psychiatrie algérienne sous forme de quelques dispensaires déjà en place.

ETUDE DU MOUVEMENT DE LA POPULATION

APRES L'ANNEE 1 964

Il nous reste à présent à chercher l'évolution du mouvement dans l'hôpital après l'indépendance.

Un regard sur le tableau statistique fait éclater quelque évidence:

d'abord une

1°) - Promotion rapide du nombre des entrées:

En effet, depuis l'indépendance, l'analyse du mouvement de la population met en évidence une importante et rapide promotion du nombre des entrées jusqu'en 1 966, date à laquelle ce chiffre se stabilise.

Le ralentissement du bond en avant des entrées au cours de ces trois dernières années, nous montre bien la saturation de la capacité de notre établissement et laisse entrevoir une évolution lente vers la chronicisation.

Cette accélération traduirait-elle simplement un accroissement de la morbidité psychiatrique ?

Années	Entrées	Sorties	Décès
1959	1292	1252	
1960	2102	2045	57
1961	2552	2430	94
1962	3591	3411	141
1963	4566	4648	79
1964	4644	4480	115
1965	4987	4880	126
1966	5506	5489	121
1967	5408	5536	126
1968	5525	5183	110
1969	5608	5335	107

En fait, outre qu'elle reflète la marque de thérapeutiques nouvelles, elle a été rendue impossible par l'augmentation du nombre de lits actifs après le rapatriement

en France en 1963 et 1964 en plus de 700 malades, ce qui a permis d'amenuiser notablement le nombre des chroniques permettant un afflux de nouveaux patients.

2°) - Evolution des modalités d'admission:

Un autre facteur et non des moindres est l'évolution des modalités de placement que met bien en évidence le tableau ci-contre concernant les admissions.

ées	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
e Libre	815	1472	1907	2998	3433	3476	3796	4800	5035	5300	5370
ernement	477	630	645	593	1113	1168	1191	706	369	226	238

L'insuffisance de l'infrastructure hospitalière actuelle, avec ses 500 lits pour plus de 12 millions d'habitants, explique l'importance de la demande. Cette pression perçue à travers le chiffre énorme des entrées, n'est pas sans influer sur le mode de placement

Plus simple, l'admission en cure libre permise par l'ouverture de 1959 des services ouverts dans chacune des six divisions de l'hôpital, représentait déjà en 1963 80 % des entrées.

Les admissions en placements d'office sont rares et représentent ceux que, conventionnellement, on appelle les médicaux-légaux.

Les placements volontaires recouvrent les admissions des malades pour lesquels une protection gestionnaire de biens s'avère nécessaire.

Le recrutement à nette dominance rurale, le taux relativement faible des sujets assurés sociaux, l'acceptation facile des entrées, sont autant d'éléments qui se conjuguent à la simplicité administrative pour faciliter l'évolution des modes de placement.

Ce système tend à faire ses preuves d'efficacité outre le peu d'accident relevé, on peut remarquer son incidence thérapeutique, l'aspect carcéral de l'hôpital psychiatrique disparait, la ségrégation s'estompe et l'effet psychothérapeutique meilleur.

3°) - Les admissions après rechute:

Les admissions après rechute s'élèvent à plus de la moitié des admissions totales, soit 58 % environ.

Ce pourcentage en lui-même éloquent ne donne aucune indication sur le nombre de ces rechutes.

Nous n'avons pas voulu faire une statistique édifiante classant des malades "récidivistes".

Selon le nombre des séjours faits à l'hôpital, car

ce n'est pas le but de notre étude, mais nous pourrions néansmoins avancer que nle nombre de ces rechutes dans la majorité des cas est supérieure à 2.

Ainsi un de nos malades, appartenant à une famille aisée, capable à la fois de surveiller le traitement ambulatoire et d'en comprendre le bien fondé, est revenu cette année dans notre service après avoir franchi pour la vingt et une fois les grilles de l'hôpital.

L'on pourrait, sans courir le risque d'être contredit par les données statistiques, fixer à trois ou quatre le nombre de moyens des rechutes de la majorité de ces malades.

Enfin, l'étude ne mentionne pas la durée des séjours intercalaires en milieu extérieur, mais que de fois, ces trois ou quatre séjours ont lieu dans la même année; et c'est sans illusion de stabilisation définitive que certains malades ayant les apparences d'une santé mentale excellente, sont renvoyés dans leur famille.

4°) - Origine géographique des entrées:

L'étude des admissions envisagées selon leur origine géographique durant ces trois dernières années (67 -68 -et 69), semble montrer que l'hôpital de Joinville recueille la totalité des malades provenant de la bande médiane du pays à l'exception du département de Tiaret

pourvu d'un service de psychiatrie. Les admissions de l'Ouest du pays sont infimes: l'on sait en effet que pour Tlemcen, Oran et Mostaganem une infrastructure analogue à celle de Blida prend en charge les malades de cette région à Sidi-Chami.

	Alger	Tizi-Ouzou	Sétif	El-Asnam	Médéa	Oasis
Hommes	22,5%	25 %	17 %	12,7 %	11	3,1 %
Femmes	33 %	16 %	11,58%	16,24 %	14 %	2,2 %

Les départements d'Alger et de Tizi-Ouzou fournissent le plus de contingent de malades. Viennent ensuite les départements de Médéa, El-Asnam et Sétif.

Enfin les départements des Oasis qui fournit un contingent de malades plus modeste.

En outre, il faut signaler quelques entrées venant du département de Constantine qui possède un service psychiatrique et d'autres venant du département des Aurès et qui relèveraient théoriquement du secteur de Constantine.

S'il est de pratique courante que les centres d'Oran, Constantine, Alger prennent en charge les malades de leur zone d'influence, on s'apperçoit que seul l'Ouest Algérien

est totalement desservi, les centres d'Alger et Constantine assurant une tache beaucoup plus difficile en raison même de leur déficit en lits d'hôpital.

Aussi, l'Hôpital psychiatrique de Blida reste-t-il un centre de la folie pour la plus grande partie du pays.

//- T U D E S E D I M E N T

Le ralentissement de l'afflux des admissions ces trois dernières années nous montre une évolution lente vers la chronicisation de l'établissement.

L'étude du temps de présence des malades dans une division à un moment donné nous montre bien cette évolution.

Nous trouvons ainsi comme le montre le tableau ci-contre 71 malades hospitalisés depuis plus de 5 ans, 88 autres entre 1 et 5 ans.
Sur 330 malades, la majorité d'entre eux ont environ plus de un an de présence dans les services alors que le doyen se trouve là depuis plus de 35 ans.

0 à 6 mois	144 malades

6 mois à 1 an	27 malades
1 an à 5 ans	88 "
Au delà de 5 ans	71 "

Cette même étude, reprise au niveau de l'hôpital nous donnera en fin de décembre 1968 :

- 0 à 6 mois : 915
- 6 mois à 1 an: 192
- 1 an à 5 ans : 384
- Plus de 5 ans: 283

Il faudra tenir compte des chroniques se trouvant dans les annexes d'El-Asnam: .....160 lits,
Koléa : .....100 lits,
Douéra : .....120 lits,
Aumale : .....280 lits.

A la fin de décembre 1969, l'étude des temps séjours des malades dans l'hôpital, montre une élévation notable du nombre des chroniques; soulignant ainsi l'évolution lente vers la chronicisation par un apport de sujets qui viennent grossir d'année en année un sédiment déjà important, avec

comme conséquence directe la diminution progressive de la capacité des lits de roulement.

1 à 30 jours	1 à 3 mois	3 à 6 mois	6 mois à 1 an	1 à 2 ans	2 à 3 ans	3 à 5 ans	+ de 5 ans	
431	427	243	195	181	73	131	302	TOTAL 1985

Soit:

0 à 6 mois	1101	malades
6 mois à 1 an	195	malades
de 1 an à 5 ans	385	malades
Plus de 5 ans	302	malades

Ces chiffres comparés à ceux de l'année 1963 reflètent bien cet accroissement du nombre de ces malades réputés incurables et hospitalisés pour ainsi dire à vie.

Le problème des chroniques pose celui de la tolérance du milieu familial qui serait plus grande semble-t-il

dans les régions du sud.

Depuis quelques années, on note une réticence de plus en plus grande à l'admission des grands chroniques (débiles adultes par exemple, cas sociaux dont la famille essaie de se débarrasser définitivement par un placement à l'hôpital psychiatrique.)

Ce problème des chroniques est aussi fonction des possibilités de convoi vers les régions éloignées et déshéritées du Sud.

Il est fonction, par ailleurs, de la conception qu'à le médecin du traitement, des possibilités de traitement trouvées à l'hôpital actuellement qui sont plus orientées vers les soins intensifs pour les cas aigûs que les mesures socio-ergothérapiques de réadaptation pour les chroniques.

D'autre part, la comparaison des moyennes journa--lières des admissions et des sorties, illustre bien cet état de fait à savoir le cheminement lent de l'hôpital vers l'asphyxie totale.

En effet, nous constatons une rupture de l'équilibre de la balance admissions/sorties, par suite d'un tarisse--ment de possibilités de dégagement de lits.

Nous avons ainsi beaucoup plus d'entrées que de sorties.

Admissions			Sorties	
Années	Nombre	Moyenne journalière	Nombre	Moyenne journalière
1959	1292	3	4272	3
1960	2102	5	2045	5
1961	2552	6	2430	6
1962	3591	9	3411	9
1963	4546	12	4648	12
1964	4644	12	4480	12
1965	4987	13	4880	13
1966	5506	15	5489	15
1967	5408	15	5536	15
1968	5526	15	5183	14
1969	5608	15	5335	14

Au terme de ce bilan statistique, nous sommes amenés à la constatation d'un encombrement des services: l'hôpital, prévu initialement pour 1200 malades ,dépasse actuellement l'effectif de 2000.

Les conséquences de cet état de chose sont faciles à deviner, et ce bourrage des services est bien loin de permettre le traitement des malades.

La première conséquence directe de cet encombrement est le recourcissement des durées d'hospita--lisation des malades avec sorties prématurées. Beaucoup de malades sont renvoyés à leur famille avant leur guérison complète; de délicats problèmes se posent aux médecins qui doivent choisir entre le risque de renvoyer chez lui un sujet insuffisamment amélioré et celui de laisser hors de l'hôpital un patient gravement atteint.

Cet encombrement fausse d'autre part, la marche du service. La stase des chroniques qui engorge progressivement tous les services, la présence en surnombre et la promiscuité de catégories très différentes de malades contraeient d'emblée l'effet bienfaisant de tout traitement entrepris. Le manque d'espace oblige à transfor--mer en dortoirs de fortune des locaux dont la nécessité thérapeutique est indiscutable.

Cet encombrement retentit également au niveau des admissions. Le médecin vit dans la hantise la jour-
-née de consultation. Ainsi, inlassablement, de manière preque obsessionnelle, tout le long de la semaine, il s'efforcera à faire des sortants pour avoir quelques places disponibles le jour "J" de sa consultation.

Enfin, cet encombrement retentit au niveau du personnel qui souffre en conséquence d'une fatigue sup-
-plémentaire, en effet, la surveillance d'un service sur-
-chargé est délicate et pénible. Des infirmiers surmenés et obligés de faire régner à grand-peine l'ordre et la sécurité au sein d'une population trop dense de malades, ne sont plus en condition de traiter chacun d'eux avec l'humanité et la sollicitude nécessaires pour la restau-
-ration de l'état psychologique des malades.

D'autre part, les sorties, provoquées par une demande importante formulée au niveau des consultations quotidiennes (40 à 50 par jour) posent souvent de délicats problèmes: éloignement, indigence de la famille, difficultés de concevoir la poursuite d'un traitement alors que les symptômes évidents de la maladie ont disparu, défi-
-cience des structures d'hygiène mentale, contact avec les familles éloignées de plusieurs centaines de kilomètres souvent très difficiles, placement en hospice de vieillards,

de débiles ou d'épileptiques stabilisés également très difficiles à obtenir, autant d'éléments qui pèsent sur les décisions de sortie.

Ainsi se trouve motivée la très courte durée d'hospitalisation moyenne qui ne dépasse pas un mois dans la grande majorité des cas; ce qui pose le problème de la post-cure.

L'hospitalisation d'un malade mental n'est en effet, qu'un maillon dans une longue chaine où on ne peut en aucun cas se dispenser de post-cure.

C'est,en effet, pendant des années que le malade est amené à prendre des neuroleptiques, or une hospitalisation de longue durée fait courir le risque d'hospitalisme et de chronicisation: le sujet bien que guéri des troubles ayant justifié son admission, parfois s'accroche de lui-même à l'ambiance sécurisante du service, et, il se trouve pris de panique devant la perspective de reprendre une vie autonome avec toutes ses difficultés; parfois, s'enferme à un tel point dans un automatisme hospitalier qu'il ne pourrait sortir sans courir le risque d'une rechute dans de très brefs délais.

Dans tous les cas, pour un indivisu jeune ou d'âge moyen, momentanément désocialisé par la psychose,

l'hospitalisation doit se limiter dans le temps et donner suite à une réintégration progressive dans son milieu familial, social, professionnel, sous le couvert d'une surveillance médicale, de condition affective favorable et surtout d'un traitement neuroleptique à minima tout à fait compatible avec la reprise d'activité.

L'on pourrait dire: c'est la reintégration du sujet qui le guérit définitivement.

Face à ce déséquilibre entre la demande trop élevée et les moyens de lutte nettement insuffisants l'évolution vers des structures et d'institutions nouvelles s'impose. Cette évolution, à l'ordre du jour dans les pays développés, est une exigence dans notre pays où justement l'assistance psychiatrique dispose d'une infra-structure encore très modeste.

A une époque où l'asile a cédé sa place à l'hôpital, centre de diagnostic et de soins, celui-ci n'est plus aujourd'hui l'unique instrument de guérison. Les problèmes sociaux essentiels se résolvant avant l'entrée et à la sortie de l'hôpital, d'où l'importance qu'ont acquise les organisations extra-hospitalières dont l'avantage est de permettre le traitement des malades dans leur propre milieu, de les soutenir dans leurs activités,

de les orienter et de chercher pour eux des possibilités d'insertion appropriées.

Ainsi sommes-nous amener à parler d'une "politique de secteur en psychiatrie qui est le corollaire direct de toute assistance extra-hospitalière en matière d'hygiène mentale.

L'évolution actuelle de l'assistance psychiatrique a prouvé la validité des conceptions nouvelles groupées habituellement sous le terme de psychiatrie de secteur dans les pays de langue française (ou psychiatrie communautaire dans les pays anglo-saxons.)

CHAPITRE II -

[illegible]

II) EFINITION DU 'SECTEUR'

On parle de politique de secteur en psychiatrie lorsque la protection de la santé mentale, dans un terri--toire bien défini et bien limité, est confiée à une seule et même équipe médicale qui dispose d'un éventail d'ins--titutions variées.

Elle repose sur le principe de l'unité et d'in--divisibilité de la prophylaxie et du traitement des désordres psychiques de la part du même médecin (ou équipe soignante), naturellement sur le même patient et dans un secteur territorial (ou zone, ou circonscription, ou commune) défini et non modifiable.

La prise en charge des problèmes psychiatriques du secteur doit être totale par l'équipe et celle-ci se voit confier l'ensemble des taches de prophylaxie, de soins et de réadaptation.

La prise en charge aussi totale que possible ne peut se faire que par une équipe se composant de

participants de diverses compétences (médecins psychiatres psychothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, rééducateurs, soignants, techniciens spécialisés, en parti--culier au niveau de l'électroencéphalogramme, etc...)

L'organisation des soins, de la prophylaxie et de l'hygiène, apportée aux malades mentaux en secteur est la réalisation d'un découpage géographique répondant à des notions démographiques humaines, routières, ferro--vières adéquats, découpage tel que la population qui réside dans ce territoire y trouve les soins psychiques d'une façon plus aisée , stable, constante de telle sorte que le même malade avec sa famille et son milieu de vie se retrouve au cours de l'évolution de sa maladie: c'est le preincipe de la continuité des soins.

Il se trouve donc, en dehors et à l'hôpital associé à la même équipe médicale dans une relation personnelle et suivie, et c'est le deuxième grand principe d'équipe médicale unique, stable.

La psychiatrie "de secteur" ou psychiatrie "communautaire" des pays anglo saxons est définie dans les écrits de Kathleen Jones par les caractères suivants:

- "La diversité" dans le nombre et la varité des modes de traitements.

- "La souplesse" Le système doit s'adapter aux malades et non pas les malades au système.
Le passage d'un type d'établissement à un autre doit être aussi aisé que possible.

- "L'adéquation" Le traitement proposé devrait être au moins aussi adapté que celui qu'offrait le type traditionnel de service d'hôpital psychiatrique. Le traitement communautaire ne doit pas se désintérresser des malades après leur sortie de l'hôpital.

- "Il doit faciliter des relations sociales"-

En résumé: La psychiatrie de secteur n'est pas unique--ment une forme originale d'organisation sanitaire, elle implique une transformation de l'attitude de la société à l'égard des malades mentaux.

En transformant le rôle et les habitudes des psychiatres publics, elle s'est imposée à bon nombre d'entre eux comme une exigence dans l'évolution de leur discipline.

I-/ HISTORIQUE DE LA DOCTRINE DU SECTEUR

Ce principe, adopté depuis une dizaine d'années en France surtout grâce aux travaux de Duchène, Sivadon, Le Guillant, Bonnafé, Lambert et d'autres, a été ensuite consacré par des rapports de l'O.M.S. et concrétisé pas seulement en France (circulaire de 1960) mais aussi dans divers pays européens (Danemark, Suède, Italie ...) Mais plus tot que de rechercher les inventeurs de cette conception, il serait préférable d'analyser l'évolution du mouvement historique de la psychiatrie pour aboutir au fondement de la doctrine moderne en matière de protection de la santé mentale.

De la seconde moitié du XIX° l'histoire des institutions psychiatriques est dominée par la recherche de formules nouvelles de soins et d'assistance: la maison de santé Esquirolienne et l'asile d'aliénés Parchappien sont mis en défaut.

La nécessité de soigner, de soutenir le malade mental au delà du séjour hospitalier, apparait comme une nouvelle préocupation.

Dès 1841, Falret et Baillarger, avaient organisé un foyer destiné à accueillir des malades à leur sortie des établissements d'aliénés.

Dans les pays anglo saxons, et notamment en Angleterre il n'y eu aucune évolution des idées jusqu'à la fin du XIX° siècle les hôpitaux psychiatriques bâtis lors des trois grandes vagues du développement de la construction - après la loi des" Asyles de Comté" de 1808 "La loi sur les Fous" de 1845 et " La loi sur la Folie" de 1890 étaient habituellement situés à une grande distan--ce des villes, soulignant bien ainsi le rejet du malade mental par la société.

Jusqu'en 1913, la loi anglaise ne fit aucune distinction nette entre le " malade mental et le subnormal".

Il faut signaler cependant qu'en 1920, les cliniques de jour commencèrent à se developper, ce qui amenait un bouleversement majeur: pour la première fois, il était possible de soigner des malades sans hospitalisation ou certificat d'internement; et en 1930 des hôpitaux psychiatriques purent prendre des malades en placement volontaire.

En 1903, en France, P. Serrieux dans son rapport au conseil général de la Seine, se référant aux réalisations qu'il a visitées en Europe, concluait à la nécessité de formations variées hautement spécialisées.

En 1937, un rapport de Hay et Lauzier est le point de départ de la généralisation des dispensaires d'hygiène mentale qui jusque là, restaient des initiatives isolées.

Mais c'est dans l'intense réflexion réforma-trice qui marque les années d'après guerre 1945 - que la " doctrine " commença à se formuler, les psychia-tres adoptaient alors comme "slogan "unité et indivisi-bilité de la pratique psychiatrique".

Parallèllement, le réseau de dispensaires d'hygiène mentale se développait rapidement, les thérapeutiques évoluaient. La découverte de nouvelles techniques thérapeutiques de choc, et de chimiothérapie, et de développement de la psychologie dynamique amenait peu à peu le psychiatre, même s'il a recours plus longuement que jamais au milieu biologique, à mettre au premier plan de ses préocupations les interractions qui se jouent entre les malades et leur milieu et plus spécialement entre soignants et soignés.

Bonnafé dénonça "l'internement comme conduite

primitive" et affirma que la spécialisation psychiatrique ne pouvait s'entendre comme "médecine du trouble mental en général, avec ses tâches de prévention, de soins précoces, d'assistance de post-cure et de réadaptation".

Le terme de secteur fut dès lors employé dans la discussion; esquissant un plan de la protection de la santé mentale,Deaumaizon écrivit que " le dépistage l'encadrement des psychopathes, la propagande et l'enseignement de l'hygiène mentale, doivent se faire dans le cadre le plus restreint, ils ne peuvent être que l'oeuvre du médecin praticien, de l'assistante sociale de secteur, de l'institution appuyée que un psychiatre qui doit être à portée".

De la même façon en Angleterre, la proclamation du "Welfare State" autrement dit du "Droit à la santé" apporta des changements radicaux par le transfert d'un certain nombre de services centrés sur la localité et destinés aux soins des groupes de la communauté sous-développés ou handicapés, entre les mains des autorités du comté ou de la ville.

Chacune de ces autorités locales mit en place alors un " département de la santé".

Le développement de ce nouveau service se fit

de façon inégale. Dans certaines localités les autorités ne tardèrent pas à saisir les implications de leur nouvelle position et se mirent à expérimenter des services "communautaires" (Worthing).

Cette orientation nouvelle de la psychiatrie anglaise fut affirmée plus tard, en 1959, après la promulgation de "la loi sur la santé mentale ". Cette loi donnait aux soins communautaires, une plus grande place tandis que devait dépérir l'hôpital.

En Europe, ces thèmes vont murir et se préciser entre les années 1956 et 1960.

En 1957 - 1958, un certain nombre de médecins des hôpitaux psychiatriques se réunissent en divers colloques dont le but est de mettre en pratique la notion de psychiatrie de secteur que Sivadon avait fait adopter par l'organisation mondiale de la santé.

En 1956 déjà, une note sur " le territoire unifié de protection de la santé mentale" recueillait les signatures de Bonnafé, Deaumaizon, Ey, Fouquet, Hamon, Jacquelin, Lauzier, Mignot, Régis, Sivadon.

C'est ensuite le rapport de Duchêne, au congrès des psychiatres et neurologistes venus à Tours sur "les services psychiatriques publiques extra-hospitaliers" qui

rassemble diverses propositions et contribue à d'utiles mises au point.

En fait il serait injuste de méconnaître la contribution de divers autres auteurs étrangers à la doctrine du secteur, il faut signaler les expériences rapportées par Bernard et Jean Bersot, Dijon, Lauziers, au cours de leur voyage dans divers pays; ces expériences d'institutions nouvelles vont être réclamées plus ou moins adoptées selon les besoins du pays dans l'équipement type du secteur.

Des tentatives de sectorisation furent enregis-trées par Lambert en 1957, et Koechlin en 1959, alors que le principe de la répartition par aire géographique et démographique à la mesure d'une équipe médico-sociale avait été retenu dès 1953 après le rapport de Deaumaizon et Duchène. Mais c'est à Paumelle que revint le mérite d'avoir à partir de 1957 tenté de réaliser la première expérience conforme aux principes de la psychiatrie de secteur; en l'implantant dans la population du XIII° arrondissement à Paris.

Il faut attendre 1960 pour voir paraître la circulaire du 15 Mars (relative au programme d'organi-sation et de l'équipement des départements en matière

de lutte contre les maladies mentales.): Cette Circulaire surprit beaucoup de psychiatres par son extrême netteté.

D'abord méconnue, puis critiquée pour les énormes difficultés pratiques de son application, cette thèse fut remise en question au cours des journées de l'évolution psychiatrique de 1965 - 1966, mais les discussions ont finalement abouti à la mise en évidence de la place centrale que tient la doctrine du secteur dans la pensée psychiatrique contemporaine.

II SIGNIFICATION DE LA POLITIQUE DE SECTEUR

L'organisation sectoridée de la protection de la santé mentale se trouve exprimée dans la circulaire du 15 Mars 1960 qui est, dans ses grandes lignes, conforme à la doctrine du secteur.

Elle prescrit à chaque département l'établissement d'un programme d'organisation et d'équipement pour permettre la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace de lutte contre les maladies mentales en tenant compte de l'équipement déjà existant et des besoins à prévoir.

Pour l'étude des besoins en lits, le texte se refert à la population présente dans les hôpitaux psychiatriques du département et rappelle à titre indicatif la norme de besoins définie par l'O.M.S.

pour l'Europe Occidentale est qui est de 3 lits pour 1 000 habitants.

La circulaire donne ensuite un schéma de réseau de dispensaire pour un département moyen et précise le rôle de ces dispensaires foyers de post-cure, ateliers protégés, hôpitaux de jour...etc

Elle insiste sur leur mise en place , tout en insistant sur le caractère peu onéreux de l'opération.

Quant au fonctionnement de ce dispositif, le département sera divisé en un certain nombre de secteurs géographiques à l'intérieur desquels une même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et enfin la surveillance des post-cures.

"Tant que ces organismes n'existent pas, les soins dispensés à l'hôpital ne peuvent être complets ".

Le secteur est aussi une aire géographique bien définie et bien proportionnée à l'importance de l'hôpital psychiatrique à partir duquel le dispositif est pensé, et sous-secteur l'aire qui sera prise en charge par chaque service ou groupe de services de cet hôpital.

chacun de ces sous-secteurs devant être par ailleurs doté d'organismes extra-hospitaliers nécessaires, à titre indica-tif,"un service de deux cent lits recevant les malades des deux sexes, comportant un service libre peut prendre en charge sur la base de 3 lits pour mille un sous-secteur de 67 000 ".

La notion des établissements ou de services pour un seul sexe ne peut être maintenue.

Le malade doit trouver les organismes extra-hospitaliers (dispensaire, hôpital de jour etc...) à proximité de son domicile.

Le service d'hospitalisation doit être aussi rapproché que possible des organismes extra-hospitaliers.

Le même médecin doit assurer la continui-té du traitement depuis le dépistage jusqu'à la post-cure. Il dispose à cet effet du personnel propre aux organismes extra-hospitaliers (assistantes sociales, psychologues etc..) Il est donc chargé pour un secteur déterminé, des activités extra-hospitalières et d'un service d'hospitalisation correspondant aux besoins du secteur.

Ainsi doit être réalisée de la façon la plus satisfaisante, la continuité des soins.

Les hospitalisations ou les réhospitalisations doivent être réduites au minimum et même évitées si possible.

L'insertion ou la réinsertion du malade est faite par l'équipe dans les meilleures conditions grace aux connaissances qu'elle a pu acquérir non seulement du malade, mais aussi du milieu économique et social du secteur.

Par application des instructions contenues dans la circulaire (du 15 Mars 1960) chaque département est tenu d'établir un programme d'organisation et d'équipement en matière de lutte contre les maladies mentales tenant compte des principes de cette "politique de secteur".

Dans son étude de la doctrine, Bignot dégage ainsi les principales caractéristiques d'une politique de secteur.

La sectorisation exprime la volonté d'en finir avec les attitudes réjectives et ségrégatives qui pèsent encore sur certains malades mentaux.

Ici, le malade à quelque catégorie qu'il appar-tienne, n'est plus rejeté hors du dispositif de soins commun à tous.

L'attitude ségrégative de la société vis à vis du malade se trouve ainsi combattue et le malade est soigné dans son milieu, l'hospitalisation ne constitue

qu'une étape du traitement.

"Elle signifie respect de la personne du malade "

Dans ce cadre, l'équipe soignante est appelée à s'occuper de problèmes de santé mentale du territoire sectorisé sans considération du sexe. Grace aux diverses institutions dont elle dispose, l'équipe n'est plus amenée à retenir,parfois contre sa volonté, un malade, et peut à tout instant modifier les modalités de son admission.

" La politique de secteur tend à dissocier les soins de l'assistance "

Chez chaque malade, le besoin thérapeutique et le soutien social, même s'ils coexistent, sont indépendants. Le dispositif de secteur cherche à les satisfaire l'un et les autres.

Bignot ajoute plus loin: "Elle témoigne d'une plus grande exigence dans leur connaissance des soins pour mener à une conduite plus fine et mieux adaptée."

Par le contact permanent que l'équipe a avec le milieu social du malade, celui-ci est à même d'acquérir une expérience plus riche de la maladie mentale et de comprendre mieux les difficultés qu'éprouve l'entourage du fait du malade.

Grace à ses institutions diversifiées, son travail en profondeur au sein de la population, l'équipe est ainsi plus apte à saisir les problèmes.

Dans le secteur la prise en charge doit être totale

- 1°) La thérapeutique psychiatrique implique une communication constante de l'équipe avec le milieu où vit d'ordinaire le malade.

- 2°) L'action du psychiatre se situant au niveau d'un groupe à relations multiples et complexes, se doit de connaître les problèmes posés par les différences de profession ou de classe mais, est contrainte dans le cadre fixé, de ne pas tenir compte de telle différence dans le sens de l'activité thérapeutique. L'équipe devra traiter sans discrimination tous les malades compris dans son aire.

Résistant à des contraintes extérieures de profession ou de classe sociale ou de classe d'âge, l'action psychiatrique résiste aussi à des continuités apparemment intérieures plus justement intériorisées, celles de discriminations diagnostiques. L'équipe ne saurait suivre des discriminations secondairement diagnostiquées, le plus souvent d'origines sociales (alcooliques) ou

socio-culturelles (incapables sociaux) ou éducatives (arriération ou troubles infrumenteux chez les enfants).

La thérapeutique psychiatrique doit dépasser le niveau de l'individu malade tel que la société le lui offre . L'équipe doit se soucier de tous les problèmes familiaux, éducatifs, socio-professionnels, non seulement posés par le malade dans ce milieu, mais aussi le problème de l'apparition de la maladie mentale dans ce milieu.

La thérapeutique psychiatrique doit agir au niveau des milieux familiaux et socio-professionnels.

L'équipe doit se soucier son seulement de la réadaptation du malade à son milieu, mais encore et surtout de la réadaptation du milieu à son malade.

Pour répondre à ces exigences, l'équipe comprendra donc un certain nombre de médecins psychiatres, de psychothérapeutes, de travailleurs sociaux, de psychologues, de rééducateurs, de soignants tous à bivalence hospitalière et familiale. Elle s'adjoindra des techniciens très spécialisés, en particulier au niveau de l'électro-encéphalogramme.

Lignot écrit aussi: " la politique de secteur est facteur de progrès scientifiques."

L'équipe de secteur, dit-il, se prpose d'amener la société à se montrer plus tolérante vis à vis du malade par la même, à ne pas céder au vertige d'un inflation permanente des problèmes psychiatriques; elle fait du psychiatre un " désaliéniste", selon le terme de Bonnafé.

En outre, souligne Bignot: " le psychiatre de secteur n'est pas un hygiéniste mental désinséré" rap--pelant par là qu'il ne doit pas oublier ses préocupations de médecin, et préconise que des échanges avec les autres disciplines médicales soient favorisées, répondant ainsi au voeu du comité d'experts de l'O.M.S. pour que les services de psychiatrie coopèrent étroitement avec les services médicaux.

D'autre part, écrit Bignot: "Le travail de secteur est un travail responsable ".

L'équipe se voit ainsi confier toutes les tâches de psychiatrie publique.

" Elle ne peut ni refuser le malade, ni l'abandonner." Comme écrivait Deaumaizon " Dans notre viel asile , dans le cadre de l'assistance, la technique psychiatrique consiste essentiellement à se débarrasser des sujets génants; éliminer un sujet dans un autre hôpital, l'envoyer au moins dans le pavillon le plus éloigné, est le plus fin du fin du médecin avisé."

" Le secteur exclut le transfert, fait du médecin un homme qui a brûlé ses vaisseaux sur son île (non déserte) et doit rester confronter avec ses échecs".

Dans la dernière partie de son écrit, Lignot nous donne des précisions sur cette note de responsabi--lité de l'équipe. Cette responsabilité, dit-il " ne signifie pas monopole" c'est-à-dire qu'elle n'exclut pas " l'exercice des psychiatres privés, qui, lorsqu'ils veulent collaborer ont leur place dans le dispositif de secteur".

" Cette responsabilité ne signifie pas non plus psychocratisme".

A ce sujet, Audisio écrit " désaliéner les asiles psychiatriques, ouvrir l'exercice psychiatrique public, aller au devant de la demande d'aide spécialisée, ne devraient en aucun cas traduire un désir de réforme des structures de la société. Il y aurait là une pratique de soins et une polémique sociale.

Si une telle confusion devait se produire, elle entraînerait inévitablement une violente réaction de la société contre un appareil psychiatrique impérialiste.

La meilleure garantie contre de tels errements de la part de l'équipe psychiatrique, est en fait leur

leur connaissance des moteurs de la relation interhumaine dans le cadre d'une psychothérapie".

Pour revenir à cette notion de responsabilité de l'équipe sectorisée "Elle est", conclut Bignot, " la contre partie obligatoire de l'abandon par la société de ses attitudes réjectives et ségrégatives vis à vis des malades mentaux."

SECTEUR

ET

ANALYSE

Comme disait Nicaise dans sa thèse: " La notion de psychiatrie de secteur" évoque au premier abord d'un coup d'oeil superficiel, des problèmes organiques d'aménagements des institutions, facilement considérés dans une note péjorative, sur un plan " administratif".

En fait la réflexion sur ce thème, met surtout en valeur le fait historique d'une mutation dans la connaissance du fait psychopathologique et dans les conduites qui lui répondent.

Nicaise signalait par ailleurs: " il nous a

paru que le jeune psychiatre d'aujourd'hui se trouvait en présence de problèmes particulièrement brûlants, et qui peuvent se définir comme la recherche de la fonction du psychiatre dans la société, dans une société en mouvement.

Faire un travail psychiatrique de qualité, face à l'ampleur vertigineuse de la charge imposée à la société par le fait psychopathologique, trace les terme d'une contradiction qui paraît communément insoluble dans l'état traditionnel de la psychiatrie de service public."

Et ceci reflète bien l'état actuel de la psychiatrie dans notre pays; l'époque coloniale avec ses trois zones et sa ségrégation d'emblée évitant et éludant les vrais problèmes.

Nicaise ajoutait plus loin: " L'objet de ce travail est la recherche dans quelle mesure le person--nage de psychiatre authentique peut espérer rendre à ses malades tous les services que son savoir lui fait un devoir de leur rendre et qu'ils sont en droit d'attendre de lui.

La première partie de la thèse de Nicaise parlait de l'organisation asilaire, et la seconde de l'assistance extra-hospitalière pour en faire tout aussi--tôt la critique et dégage le troisième point plus important, la révolution véritable qui est la fonction du psychiatre dans la société.

Cette notion de secteur émergeait à travers la critique de l'institution ségrégative et amenait tout de suite à voir les réactions du malade au milieu, et les réactions du milieu au malade.

On voit tout de suite l'émergence de l'action sur l'environnement. Il faut combattre les préjugés contre la maladie mentale dans ce milieu même.

La notion d'aliénation á été dépassée, et a fait place à la notion de maladie; actuellement celle-ci tend de plus en plus à être dépassée et on entend parler d'handicapés.

Attaquant le prix de journée donnant une prime à la surpopulation, le bureaucratisme administratif, l'en--combrement des asiles, il disait: " Aux excès de la bureaucratisation, seul peut à bon droit s'opposer le technicien, dans ses efforts pour réfléchir l'institution vers son vrai but, il réussit à la mesure de son crédit."

" Vivant dans une"renfermerie" , il en dégage par une sorte de compensation, la doctrine du secteur."

" Mais son crédit de psychiatre, la mesure de son succès ou de son impuissance relative, sont définies par son statut social, compromis entre le rôle qu'il veut jouer... et la place que lui dessert la société".

Le premier germe de la mise en doute de

l'institution ségrégative sort alors à propos de la querelle du " no restraint" ne pas enfermer.

Les progrès de la psychopathologie, les recherches sur les neuroleptiques, les études de la psychiatrie comtemporaine ajoutent encore à la caducité du système contraignant.

La conception unitaire que l'on se fait de l'homme se dégage au delà des divergences d'école, et des querelles idéologiques. C'est de la base unité de la personne que doit se rebâtir la psychiatrie.

l'amélioration de la vie sociale à l'hôpi-tal psychiatrique, tant en France qu'en Angleterre n'a servi qu'à aviver ses contradictions.

Si en plus:

" Les malades devenant des invalides qu'une trop longue séquestration avec les habitudes de passivi-té qu'elle invétère, rend incapable d'autonomie.

Ou en moins:

La dimension même du surencombrement oblige à précipiter les sorties pour le bien des services qui ne sont pas indéfiniment extensibles.

Les tentatives de désaliénation, qu'il s'agisse de la séparation des malades aigûs et chroniques de service ouvert ou fermé, des établissements pour buveurs,

épileptiques, aliénés criminels, sont entachés d'une erreur de base: elles portent atteinte à l'unité et à l'indivisibilité de la "prévention " cure, post-cure du fait psychiatrique.

L'internement doit être aboli en tant que faisant partie des mesures hétérogènes.

l'Ouverture de l'hôpital améliore le rende--ment du collectif soignant, le valorise et définit par son critère d'accessibilité pour l'usage ce qui oblige que l'hospitalisation ne soit pas tracassière et que l'hôpital soit implanté dans un milieu significatif.

" Le secteur ici montre déjà sa physionomie définie par l'osmose avec l'hôpital et son corollaire d'accessibilité, il est en fait une unité démographique".

Deuxième chapitre de la thèse de Bicaise/

Il parlait de la notion de secteur à partir des organismes extra-hospitaliers de soins.

Dispensaires d'hygiène mentale déjà créés par Toulouse en 1922.

Services d'urgences créés par Querido à Amsterdam, et Duchêne à Paris. Home de post-cure,

maison d'invalides mentaux (expériences signalées en U.R.S.S. , organismes d'enfants, organismes de vieillards, etc...)

Le psychiatre allait à l'hôpital général, à l'école, il sortait de son hôpital pour aller dans la foule. Il ne s'agit presque plus d'une psychiatrie de secteur mais d'une psychiatrie d'extention.

Les voies sont multiples et le psychiatre doit s'adapter à la société.

" Il est délégué par elle, pour ouvrir les voies à la compréhension, puis à l'aménagement des comportements du psychopathe. C'est-à-dire que l'actif du psychiatre est la psychothérapie".

Un aspect de la sectorisation consiste au fond à rendre la consommation psychiatrique aussi facile que possible, aussi facile en particulier que la consom--mation de médecine somatique.

Le principe de la continuité des soins:à une même équipe doit être absolument sauvegardé, les ris--ques de surmenage et de tension sont grands et la tentation de rupture et de discontinuité de l'équipe peuvent s'ensuivre.

La troisème partie de cette thèse:

Y sont comparées les bases de psychiatrie de secteur avec la notion de maladie, c'est la partie la plus philosophique et peut-être la plus importante dans ce qu'elle contient de remaniement et de bouleversement.

Le fait maladie m ntale est un fait essentiel--lement chronique, bien sûr, il y a des crises aiguês, mais le malade mental est un malade qui doit être suivi très longtemps.

Balint parlait dans l'abord du médecin avec le malade de la collusion de l'anonymat qui consiste à orienter irresponsablement le malade d'un spécialiste à un autre et de dépersonnaliser littéralement la médecine, c'est le circuit des malades "Ludon".

La psychiatrie a extrêmement besoin d'unité.

Cette psychiatrie de secteur prévient l'autoges--tion complaisante de services étanches. Il s'agit de suivre le malade, de faire des observations longues, de poursui--vre une relation psychothérapique, voie d'abord synthétique de la maladie mentale.

" Le personnage du psychiatre prend un caractère proximal responsable se rapportant de la figure

de l'omni-praticien au dépens de celle du médecin expert."

Comme le médecin n'a aucune possibilité de rejet il a intérêt à se pencher sur les cas les plus graves mais avec des moyens accrus. Il peut, en effet, mettre son malade dans des formations diverses et ceci en fonc--tion des aptitudes relationnelles et de la signification thérapeutique que cela peut comporter pour lui et non plus seulement en fonction de ses comportements anti-sociaux.

La formule du secteur est celle qui annule le plus de contradictions possibles de notre métier, sans qu'elle ait là prétention de les résoudre toutes. Sans doute l'on peut trouver dans la litt rature des publications mettant en cause les principes même du secteur; on a tout d'abord reproché au secteur de porter atteinte au " libre choix" du malade.

C'est évidemment un principe inaliénable mais qu'il convient de replacer dans la réalité, et la pratique quotidienne est là pour nous montrer que le "libre choix" n'est qu'un mot sans signification pour la majorité des malades.

Et Deaumaizon dit, fort à propos, de cette exigence " il est paradoxal de la voir brandie précisément par les médecins des établissements où les sujets sont

placés contre leur volonté. Il est tout aussi parado-
-xal, mais à un autre titre de voir avancer cette
critique par des psychiatres de pratique libérale.

L'expérience des vingt dernières années montre, en effet, que la pratique libérale de la psychiatrie, s'est développée au fur et à mesure non seulement des progrès de la technique, mais surtout à la mesure de la misère des établissements publics et il est naturel d'imaginer que, plus les familles se trouvent limitées dans leurs possibilités de choix d''établissement publics (ce qui résulte d'avantage de l'encombrement que du secteur) plus elles ont tendance à s'adresser à des établissements privés."

On s' est opposé par ailleurs au démembrement "du grand hôpital psychiatrique " centre traditionnel de formation et d'enseignement, de plus on a dénoncé le manque de coordination intersectoriel et l'atteinte à l'efficacité des structures universitaires dans leur organisation traditionnelle.
Mais la réponse sera aisée à trouver dans les principes qui régissent la doctrine même du secteur.

On a également mis en cause le coût trop élevé de l'expérience, l'aspect économique de la question n'est pas négligeable , en effet, lorsque

l'on songe à la mise en place des structures extra-hospitalières nécessaires et qui seront coûteuses sous tous leurs aspects. Mais combien coûtent à la société les malades chroniques et qui sont pour ainsi dire gardés à vie dans les instituts psychiatriques, d'autant plus que ce nombre des chroniques augmente d'année en année, et à ce sujet Le Guillant observe précisément que la chronicité est fonction du genre de traitement subi par le patient, de " la diversité" des médecins qui se sont " repassés" les uns aux autres le malade, et également fonction du nombre de malades que le médecin doit traiter.

Ainsi pouvons-nous poser en conclusion avec Deaumaizon " la dualité des problèmes de la psychiatrie de secteur".

" La psychiatrie de secteur n'est pas une utopie, elle est la forme traditionnelle d'encadrement des malades mentaux.

Abandonnée lors de la création de l'Asile, sa résurection est une nécessité.

Mais dans la mesure où elle doit renaître, elle doit découvrir des voies en fonction de la structure de la société comme des formes du savoir actuel ...

Par contre il nous appartient de mettre au point et d'étudier de façon concrète et pratique les

appareils nécessaires pour que la psychiatrie de secteur ne soit pas seulement un voeu de l'administration ou des pouvoirs publics".

CHAPITRE III -

C O N C L U S I O N

I - Exposé des faits . -

L'évolution actuelle de l'assistance psychiatrique a prouvé la validité des conceptions nouvelles groupées habituellement sous le terme de psychiatrie de secteur dans les pays de langue française (ou psychiatrie communautaire dans les pays anglo-saxons).

Les études portant sur plus de vingt ans, sont actuellement bien connues et leur application a fait l'objet de circulaires ministérielles dans de très nombreux pays (ex: circulaire du 15 Mars 1960.)

L'O.M.S. en a adopté le principe en 1950, 1951 et 1957.

cf: (1er rapport - Genève 1950
(2ème rapport - Genève 1951
(3ème rapport - Genève 1957.

La thèse de Nicaise (Paris 1961) faisait le point à l'époque, et dans les dix dernières années, les études sur cette conception ne se comptent plus.

Les résumés seront impossibles, nous renvoyons pour l'analyse à l'article de H. Bignot (Mai 1967) titré le secteur dans l'Encyclopédie médico-chirurgicale et aux références bibliographiques.

Du point de vue national, historiquement nous assistons à un développement de la demande psychiatrique dont les causes sont multiples:

(- augmentation de la population.

(- augmentation de la morbidité.

(- insuffisance des équipements et des cadres médicaux etc... (voir thèse d' Aït Si Selmi Djamel: planification des services de Santé mentale Alger 1969).

En 1963, il était créé un secteur psychia--trique d'Alger.

En 1964, (voir communiqué du Docteur Cadour E à la société de psychiatrie et neurologie d'Alger. Ref: 12/12/64) un débat attirant l'attention sur le secteur et proposant quelques solutions.

Plus récemment, une note du Ministère de la Santé définissait la grande zone de Blida, Oran, Alger en attendant d'autres mesures à long terme.

Localement à l'Hôpital psychiatrique de Blida nous avons à faire face à une population de six départements: Alger - Tizi-Ouzou - Sétif - El-Asnam - Médéa - Oasis.

De nombreuses statistiques portant en parti-
-cularité sur les trois dernières années, sont à la base du travail des sectorisations que nous proposons et exposons plus loin.

Nous avons à constater à l'Hôpital psychiatrique de Blida l'innocupation permanente d'un certain nombre de lits (200) et donc ce qui nous fait envisager une nouvelle répartition de ces lits, puisque certains services sont encombrés en opposition à d'autres où des places sont vacantes.

Nous avons à constater d'autre part, une augmen-
-tation des hospitalisations (2000 à 5000 chiffrées).

II - Les avantages du secteur . -

La doctrine du secteur sur le plan santé publique, est une réponse plus adéquate à la demande et n'est que le prolongement de la doctrine bien connue des centres de santé (Chartre d'Alger 1964)

- porter les soins à domicile, le plus près possible du malade.
- création de dispensaires au centre de santé articulés avec les hôpitaux.
- supression des hospitalisations inuti
-les, le principe de la doctrine du secteur étant la conti-

-nuité et l'unité des soins par une même "quipe soignante, la prévention, l'hospitalisation et les post-cures étant assurées pour les mêmes malades par la même équipe.

L'équipe est en relation constante avec les autorités administratives intéressées par le malade: Wali, Chef de Daïra, Président d'A.P.C., Juge, Commissaire de Police, employeur, famille etc... permettant ainsi un travail extra-hospitalier des plus efficaces par la créa--tion des liaisons, de dispensaires et d'unités psychiatri--ques dans les hôpitaux généraux etc...

Le travail du secteur est un travail responsable.

" La responsabilité de l'équipe sectorisée est définie avec clarté, sans aucune ambiguité possible sur une base territoriale. Toutes les taches de services de psychiatrie publique lui incombent, elle ne peut NI REFUSER LE SECOURS NI L'ABANDONNER.

Travaillant à la fois dans les institutions et dans la communauté, elle ne peut s'en débarrasser au dispensaire en l'hôspitalisant, ni le faire de l'hôpital pour ne plus le revoir. Elle travaille bien dos au mur."

" L'équipe ne peut oublier sinon la hiérar--chie, du moins l'ordre d'urgence des taches qui lui incombent, elle est constamment ramenée aux problèmes que

pose l'intolérance de la société au psychopathe.

Elle ne peut se permettre de détourner de leurs buts les institutions dont elle dispose et de les peupler de sujets qui lui apporteront des succès faciles, mais qui peuvent en fait, se passer d'y entrer car elle n'a pas la latitude de recuser les malades les plus ingrats" (MIGNOT").

L'équipe traite tous les malades de son secteur de quelqu'âge qu'il soit en allant dans le sens d'une diversification de ces institutions.

Elle ne doit pas tenir compte des discrimina--tions secondairement diagnostiquées, le plus souvent d'origine sociale (alcooliques) ou socio - culturelle (incapables sociaux), ou éducative (arriération ou troubles instrumentaux chez les enfants).

L'équipe prendra en charge tous les problèmes psychiatriques du secteur.

La thérapeutique doit dépasser le niveau de l'individu malade, tel que la société le lui offre.

Elle doit se préoccuper de tous les problèmes familiaux, éducatifs, socio-professionnels, non seulement posés par le malade dans ce milieu, mais aussi le problème de l'apparition de la maladie mentale dans ce milieu.

La thérapeutique psychiatrique doit agir au niveau des milieux familiaux et socio-professionnels.

L'équipe doit se soucier non seulement de la réadaptation du malade à son milieu, mais encore et surtout de la réadaptation du milieu à son malade. La prise en charge des problèmes doit être totale.

Ces problèmes étant nombreux et divers, l'équipe doit évidemment se composer de participants de diverses compétences. Elle comprendra donc un certain nombre de médecins psychiatres, de psychothérapeutes, de rééducateurs, de soignants, tous à bivalence hospitalière et familiale.

Elle s'adjoindra des techniciens spécialisés en particulier au niveau de l'électroencéphalographie.

III - Les difficultés en Algérie . -

Elles sont importantes. Elles portent d'abord de l'ancienne situation et du principe des trois zones qui manifeste d'emblée sa faiblesse, par la ségréga--tion en service de malades aigûs et curables, tirage de première zone; puis services de malades chronoques, deuxiè--me zone; enfin, services d'incurables, troisième zone.

Ceci tend à considérer qu'il y aurait deux psychiatries: psychiatrie curable dite aussi légère, et psychiatrie de malades incurables et chroniques, dite aussi

quelquesfois lourde; c'est ce que Bonnafé appelle le couple: ségrégation - réjection.

Cette situation était due à l'organisation de la psychiatrie au niveau de C.H.U. plus particulière--ment celui d'Alger et, au fait que les psychiatres exer--çaient une activité mixte, privée et publique et que les problèmes d'organisation se ressentaient de cette ambigui--té.

Actuellement, la psychiatrie privée en Algérie est de plus en plus réduite et elle n'entre plus en ligne de compte. Si le problème se reposait, du fait du système mi-temps, elle pourrait être facilement intégrée par une planification au niveau de La Direction Départementale de La Santé, puisque partant d'une situation nouvelle, à con--dition bien entendu d'y penser.

On a pu donner comme obstacle au secteur le fait que le libre choix n'est plus respecté mais, que dire du libre choix devant les malades, qui la plupart du temps sont amenés de force à l'hôpital, et que dire aussi devant la masse des malades à soigner pour la plupart indigents.

Nous ne pensons pas que cet argument fasse pro--blème en Algérie, rien n'empêche d'ailleurs que même avec le secteur, ils puissent se créer de petits services d'as--surés sociaux, de fonctionnaires, de militaires qui peu--vent avoir un rôle à jouer.

Le psychocratisme en tentation de puissance du psychiatre, version inconsidérée de la "psychiatrie d'extension" ne représente pas non plus en Algérie un gros risque, car la psychiatrie a d'abord à assurer la demande et que le quotidien aborde les maigres forces des praticiens dans cette tache d'urgence.

Par contre la notion d'équipe, l'esprit de coopération sont encore à travailler, la structure des services surtout dans les hôpitaux psychiatriques, tout droit sorti de la tradition française, n'aide pas beaucoup dans ce sens; il s'agit de mieux soigner les malades certes, mais aussi former des psychiatres, et ici, toutes les institutions de soins ont à rechercher cette double potentialité: soigner des malades, former des psychiatres et du personnel para-médical, et instruire des praticiens, et les instruire dans une ligne anti--ségrégative, anti-individualiste, désirant non seulement coopérer entre eux, mais avec tous ceux qui travaillent dans ce secteur et ont à s'occuper de malades mentaux.

Il est en effet impensable de croire qu'un seul peut s'occuper d'un secteur, par ailleurs la dimension psychothérapique indispensable, à ne pas laisser de côté, ne pourra réellement se faire que dans une équipe où la solution, l'échange et le partage des charges

sont un souci constant.

Celà implique une mutation de l'organisation psychiatrique, du personnel infirmier et il sera néces--saire d'entreprendre une nouvelle explication de ces données.

- Les difficultés géographiques: reposent sur l'étendue du territoire, les problèmes linguistiques sont également à considérer, les zones rurales urbaines, voire de no--madisme seront également à examiner. La psychiatrie de l'enfant, la mixité devront être intégrées dans ce sys--tème.
- Conditions à obtenir: évaluer les besoins, la demande. Rappelons la règle des trois de Claude Veil, si l'on veut bien garder en effet le respect du principe de l'uni--té de ces problèmes de santé mentale. Il faut se souvenir des évaluations du Comité National Universitaire pour la Santé Mentale, citées par Claude Veil sous le nom de règle des trois.

On peut admettre en effet, que sur 100.000 habitants:

- 30 sont chaque année admis d'urgence à l'hô--pital psychiatrique.
- 300 doivent y être traités.
- 3000 sont à prendre en charge dans un

organisme extra-hospitalier.

- 30.000 éprouvent des difficultés psycholo--giques susceptibles de jouer un rôle pathogène.

Après réflexion et en se basant uniquement sur l'expérience quotidienne on peut dire qu'il faudrait environ 10 000 lits d'hospitalisation à l'Algérie pour y traiter tous les malades qui méritent de l'être, mais ceci n'exclue pas, bien entendu également la nécessité d'une poussière d'organismes extra-hospitaliers.

Il faudra être prudent en raison de la fragi--lité du système actuel reposant sur quelques hommes, et faire vite des psychiatres plus nombreux, en faisant porter un effort de propagande au niveau des étudiants.

Evaluer les moyens en personnel, en lits, en voiture, en secrétariat, l'équipe thérapeutique ne doit pas plus s'organiser en fonction de l'hôpital psychiatri--que qui n'est plus qu'un moment de la cure.

Les moyens doivent être mobiles, divers, sou--ples.

" Il faut prévoir un psychiatre de secteur dès le début" avant même que le secteur dispose d'un service " d'hospitalisation à défaut de psychiatres qualifiés, on pourrait peut être envisager de prépa--rer à ce rôle des médecins d'A.M.S. qui recevraient

une formation dans les services existants, la décentrali-
-sation pourrait donc s'opérer et devenir complète dès
que le secteur serait doté de son service. Quand à l'impor
-tance à donner à ces services d'hospitalisation, il
semble bien qu'une capacité moyenne de 300 lits soit la
plus rationnelle compte tenu du petit nombre de psychia-
-tres disponibles, comme des difficultés de gestion
que rencontreraient des centres trop réduits.

L'ouverture de ces services, dans des délais
relativement courts, devrait être possible, les rensei-
-gnements fragmentaires en notre possession semblant in-
-diquer que la reconversion de certains locaux existants
serait réalisable.

IV - Perspectives immédiates sur le plan local.-

Il nous apparaît donc, en attendant les
mesures à long terme annoncées par le Gouvernement
(construction d'hôpitaux) utile d'envisager d'ores et
déjà comme impératif, l'organisation à court terme de ser
-vices sectorisés pour le territoire desservi par l'hôpi-
-tal psychiatrique de Blida, et ceci pour répondre à la
demande sans cesse accrue des hospitalisations et des ac-
-tivités de post-cure.

Nous percevrons en effet chaque jour, pour

la gravité des problèmes de sédimentation, des problèmes d'encombrement, et l'évolution de l'activité hospitalière nous semble aller vers l'engorgement, les sorties prématurées " forcées ", la réduction du nombre de lits actifs et le racourcissement de la durée de séjour.

La solution organisationnelle du secteur s'impose à nous, elle a été l'objet de nombreux débats et études depuis des années par les praticiens de l'Hôpital psychiatrique de Blida.

Une étude sur la répartition géographique des malades portant sur les trois dernières années (1967 - 1968 - 1969) a été entreprise et les conclusions concrètes et chiffrées vont maintenant être exposées.

Origine des malades	hommes	femmes
Dpt d'ALGER	22,5%	34%
Dpt d'EL-ASNAM	13 %	16,2%
Dpt de MEDEA	11 %	14,3 %
Dpt des OASIS	3 %	2,2 %
Dpt de SETIF	17 %	11,6 %
Dpt de TIZI-OUZOU	25,3 %	16,1 %
Hors secteur de Blida (Oran- Constantine - Alger - Ville)	8,2 %	5,6 %

Une répartition en 7 secteurs peut se déduire des pourçentages d'admission venant des dif--férents départements.

- 2 pour Alger
- 1 pour Tizi-Ouzou
- 1 pour Sétif
- 1 pour El Asnam
- 1 pour Médéa - Oasis.

Les unités de soins qui prendront en charge ces différents secteurs seraient formées par des divisions mixtes comprenant chacune des services hommes et des services femmes jumelés.

En même temps il faut prévoir l'installation d'un centre d'admission qui s'occuperait du tri des hospitali--sations et de la répartition de malades dans chaque division.

Ce centre, situé même hors de l'hôpital, s'occuperait également du traitement externe des malades sortis.

D'autre part, nous devrions envisager la création d'un secrétariat central où seraient réunis et classés tous

les dossiers des malades.

La mise en place de ce système doit être comprise dans le sens d'une évolution dynamique et souple étalée dans le temps (environ une année) avec des éta--pes de trois mois.

Dans un premier temps, chaque service sec--torisé prendrait les malades de sa zone puis irait prospecter sur les lieux pour y mettre en place les structures de soins nécessaires (inventaire de dispensai--res, organisation de consultations dans les dispensaires d'hygiène mentale ainsi mis en place, établissements de relations constantes et solides avec les autorités locales. etc...).

En même temps il faut prévoir un centre d'admission même hors de l'hôpital, pour le tri, les traitements externes, les admissions avec répartition des malades de chaque division, avec un secrétariat central.

V - Perspectives à long terme . -

Il est certain que des taches préparatoires s'imposent dans le sens de la prospection et des enquêtes à effectuer avant de dresser un bilan définitif.

Une planification étudiée sur la base de

normes idéales serait difficilement applicables dans no -tre pays et on ne pourrait guère espérer dans l'immé- -diat une réalisation.
Aussi nous bornerons-nous simplement à souligner les premières exigences à atteindre.

La lutte contre les maladies mentales repo- -se:

- sur les hôpitaux spécialisés (pour le traitement avec hospitalisation),

- et sur des organismes extra-hospitaliers (dispensaires, foyers de post-cure etc...) implantés à proximité du domicile du malade.

-1°) Hôpitaux psychiatriques:

Compte tenu des nécessités et des besoins connus (voir tableau ci-joint des admissions à l'hôpital psychiatrique de Blida depuis 1959 à 1969), on peut essayer de déterminer combien d'établissements de soins pourraient être mis en place dans la zone desservie par notre hôpital (à savoir les wilayas d'Alger - El-Asnam- Tittori - Tizi-Ouzou - Batna - Sétif - Oasis - Saoura.)

Tableau des admissions à l'Hôpital psychiatrique de Blida depuis I959 à 1969.

1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
1292	2102	2552	3591	4546	4644	4987	5506	5408	5526	5608

Il nous semble que les deux départements d'El-Asnam et Médéa nécessitent environ chacun 600 lits desservis les besoins de ces régions.

A El-Asnam rappelons qu'il existe déjà une annexe de l'hôpital psychiatrique de Blida de 160 lits avec une équipe de 25 employés environ expérimentés auprès des malades et qu'un pavillon de psychiatrie est prévu à Médéa dans le cadre du Plan Quadriennal.

Dans le département de Tizi-Ouzou, il faudrait deux formations de cet ordre pour soigner les 1300 malades qui nécessitent une hospitalisation; l'une au moins, devrait siéger à Tizi-Ouzou.

La cité psychiatrique actuellement en chantier et qui aura une capacité de 200 lits environ, ne pourra donc suffire pour le traitement et l'hospitalisation des malades de cette région.

Les wilayas de Sétif et de Batna mériteraient une formation chacune.

Enfin, la wilaya des Oasis , en attendant la construction du pavillon de psychiatrie prévue dans le plan à Ouargla pourrait, si ce service ne suffisait plus à sa demande, envoyer ses malades soit sur Batna, soit sur

Médéa selon les distances les plus proches.

-2°) L'assistance extra-hospitalière:

Parallèlement, le développement des ins--titutions extra-hospitalières doit être un souci majeur dans l'organisation de la lutte contre les maladies men--tales.

Le traitement du mal de mental nécessite en effet la mise en place d'un dispositif d'ensemble comprenant non seulement des hôpitaux, mais aussi des dispensaires d'hygiè--ne mentale, de foyers de post-cure, des ateliers de réadap--tation, des hôpitaux de jour etc...

a) Dispensaires d'hygiène mentale.

Un réseau de dispensaires d'hygiène devra être installé dans chaque secteur.

Dans ces dispensaires , des consultations de psychiatrie pourront être faites en vue du dépistage, du traitement, et de la surveillance des malades ayant déjà fait l'objet de soins psychiatriques de manière à permettre un traitement plus efficace, moins long, voire même à éviter une hospi--talisation.

b) Foyers de post-cure

Ces établissements sont destinés à rece--voir des malades suffisamment améliorés pour reprendre une

vie normale, mais dont le maintien à l'hôpital psychiatri-
-que tient en grande partie à des raisons sociales.

Le role essentiel de ces foyers est d'offrir à ce malade des conditions de vie privilégiée et sa réim-
-sertion dans la vie normale(placement direct chez un employeur, stage de formation etc...)

c) Hôpital de jour:

Ces établissements sont chargés du trai-
-tement ambulatoire des malades mentaux pour lesquels une hospitalisation peut être évitée.

-3°) Personnel:

La mise en place de ces institutions pose le problème de la formation et du recrutement du personnel. Il ne faudra pas seulement bâtir des hôpitaux et des foyers de post-cure, mais il faudra également for-
-mer des psychiatres en nombre suffisant, recruter des assistantes sociales et le personnel para-médical qualifié, techniciens, psychologues etc...

Ainsi les taches à entreprendre sont multi-
-ples et leur importance est grande, mais face à l'ampleur de cette entreprise il faut se mettre devant l'évidence: la demande constante et croissante du public, l'évolution même des techniques thérapeutiques appellent " une coordi-
-nation de toutes les activités sous la forme du secteur"

qui " est la solution la plus difficile d'un problème qui n'en comporte pas d'autres, s'il est bien posé ", selon les termes de Duchène H. et P. Bailly Salin.

Bibliography

AUBIN H. - . : Rapport sur l'assistance psychiatrique indigène aux colonies. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France. XLII° session - 6 -11 Avril 1938.

AUDISIO M. - : La réorganisation de l'assistance psychia--trique et des organismes de soins. Livre blanc de la psychiatrie Française. Evol. Psych.30 - suppl.au 3, 1965, 77,91.

BALIER C. - : Une tentative de sectorisation "en pro--fondeur" en milieu rural. Inform. Psy. Juin 1961 n° 6-323.

BENOIT G. - : Tares originelles du secteur, ses déviations, et son destin. Inf. Psy. Janvier 1970 - vol. 46 - n° 1.

BERNARD P. - NOEL P. - LECUYER R. - LE LAENNEC AM. - et PEYREGNE I. Conséquences d'un essai de travail en secteur sur l'activité d'un service d'hôpital psychiatrique desservant un secteur parisien. Inform. Psych. n°5- 453.

BONNAFE L. - : Secteur et défense professionnelle. Inform. Psych. Mai 1961 n° 5 - 239.

BONNAFE L. - : De la doctrine post-esquirolienne. Inform. Psych. Avril-Mai 1960 N° 4 et 5 - 428.

BONNAFE L. - Thèse de 1963 sur la psychiatrie de secteur Inf. Psy?. Sept. 1963 N° 9 - 507.

BONNAFE L. et DAUEZON G. - Pour réfléchir à la relation médecin-malade dans le futur service psy. de secteur. Inform. Psych. Oct. N° 8 - 451.

BONNAFE L. - LE GUILLANT L.- MIGNOT M.- Problèmes posés sur la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques. C.R. du congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue Française. Marseille 1964 - Masson Edit. Paris.

CADOUR E. - Communiqué du 12 - 12 - 1964 à la société de Psychiatrie et neurologie d'Alger.

CHANOIT P. - Tendance actuelle de l'assistance psychiatri--que - Thèse Paris 1955.

COLLOQUE DE SEVRE.- Pour un service de santé mentale de secteur. Rapport de Le Quillant, Kaechlin et Duchène. Inf. Psy. Janvier 1959 N° 1.

COMMISSION DES MALADIES MENTALES. - Note sur le service territorial unifié de protection de la santé mentale. Rapport à la commission des maladies mentales. Inf. Psy. Février 1960 N° 2 - 36.

COMMISSION DES MALADIES MENTALES.- Rapport à la commission des maladies mentales sur l'équipement psychiatrique d'un territoire dépourvu de toute formation spécialisée. Inf. Psy. Février 1957 - 299.

DALLO B. - RETAMO C. - BITTAN M. T. - Possibilités et limites d'une consultation d'hygiène mentale sectorisée. Inf. Psy. 1965 n° 8 - 687.

DAUZAT G.- La protection de la santé mentale en France. Etat actuel et projet de rénovation. Document de l'inf. Psy. n° 1 - 12.

DAUZAT G. - Problèmes de la psychiatrie de secteur en France. Inf. Psy. Nov. 1964 - 653.

DAUZAT G. - LONNAFE L.- Les perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la libération. C.R. de congrès des aliénistes et neurologistes de langue Française. Genève et Lausanne - Juillet 1956. Masson Edit. Paris.

DAUZAT G. - LONNAFE L. - L'internement, conduite primitive de la société devant le malade mental , recherche d'une attitude plus évoluée. Documents de l'inf. Psych. n°1 - 81.

DAUMEZON G. - EY H. - FOUQUET P. - HAMON et LAUZIER. -

Rapport préliminaire à la présentation de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques.
Inf. Psych. Nov. 1954 n° 11 - 346.

DEQUECKER J. - FANON F. - LACATON R. - LICUCCI M. - RALEE F. -

Aspects de l'assistance mentale en Algérie
Inf. Psych. 1955 n° 1.

DIEDERICHE A. - Pour un service psychiatrique de secteur.
Thèse - Lyon 1959.

DUCHENE H. - Tâches d'hygiène mentale dans la psychia- - trie de secteur. Inf. Psy. Janvier 1959 n° 1 -89-95.

DUCHENE H. - Les services psychiatriques publics extra-hospitaliers. C.R. du congrès des aliénistes et neurologistes de langue Française. Tours 1955 - 583 - 665.

DUCHENE H. - BAULLY - SALIN P. - Services psychiatriques extra-hospitaliers. Encyclo. Medec. Chirurg. 1555 -37 - 950 A. 10.

FERRAND G. - ROUBIER J-B. - L' hôpital psychiatrique dans la cité de psychiatrie de secteur.
Inf. Psych. 1964 n° 5 - 301.

LIGNOT H. - Reflexion sur des principes d'or-
-ganisation de la lutte contre les maladies mentales.
Inf. Psych. 1960 n° 5 - 545.

LIGNOT H. - Condition d'exercice de la psychiatrie
" le secteur ". Encyclo. Medic. Chirurg. 37915 A

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION . -
(En France) Circulaire n° 3020 du 15 Mars 1960,
au programme d'organisation et d'equipe-
-ment des départements en matière de lutte contre les
maladies mentales.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION . -
Organisation de la lutte contre les maladies mentales
en France. Inf. Psych. Janvier 1962 n° 1 - 11.

MISES R. - Vers la création de secteurs de neuropsy-
- chiatrie infantile dirigés par des médecins des
hôpitaux psychiatriques.
Inf. Psych. Déc. 1963 n° 10 - 551.

MICAISE P. - : Essai sur les fondements théoriques de la psychiatrie de secteur. Programme d'un hôpital psychiatrique urbain de moins de 100 lits.

JEANNEAU A. - : Secteur libre choix et service libre. Inf. psych. Mars 1953 n° 3 - 150.

KAECHLIEN J. - : Communauté et santé mentale. Inf. psych. 1964 n° 9 - 643

KAECHLIEN P. - : Psychiatrie de secteur en province. Inf. psych. 1959 n° 1 - 71.

LAMBERT P.A. - VACHER - LAMBERT . - Sur un essai de psychiatrie de secteur en milieu rural à partir d'un service mixte. Inf. psych. Juin 1957 n° 6 -330.

LAMBERT J. - : Le plan quinquennal d'équipement sanitaire lutte contre les maladies mentales, dispensaires d'hygiène mentale. Inf. psych. 1958 n° 8 - 214 .

LECONTE M. - : Remarques sur la méthode sociatrique des traitements et sorties accélérées (C.R. du LVII° congrès de psychiatrie et neurologie de langue Française - Tours 8 - 13 Juin 1959 - 691. Masson Edit. Paris.)

LE GUILLANT L. - DALLE B. - RETANA C. - Le travail social dans l'acte d'une expérience de psychiatrie de secteur. Thèse Paris 1961.

O.M.S. - : L'hôpital psychiatrique centre d'action préventive en santé mentale - V° rapport du comité d'experts de la santé mentale. - Genève 1957.

O.M.S. - : Comité d'experts de la santé mentale 1er rapport Genève 1950 . 2° rapport Genève 1951.

OULES J. - SOUBRIER R. - Secteur et service hospitalier. Inf. psych. Mai 1962 n° 5 - 421.

PAUMELLE P. - : Réflexions à propos de la création d'un service psychiatrique de secteur - C.R. LVII° congrès de psychiatrie et neurologie de langue Française - Tours 8 - 13 Juin 1959 - 681.

PAUMELLE - DEQUART . - Psychiatrie de secteur de la communau- - té du XIII° arrondissement de Paris. Inf. psych. Juillet 1965 n° 7 - 547.

POROT A. - : Article sur l'assistance psychiatrique en Algérie - Annales Médic. Psycho. T.I. P.360.

PSYCHIATRIE DE SECTEUR EN ITALIE . - Numéro spécial consacré au congrès de Varèse. Inf. psych. Mai 1966 n° 5 - 393.

RAYNIER J. - BEAUDOIN H. - L'assistance psychiatrique Française. Assistance psychiatrique extra-hospitalière . Paris 1954. 3.

SIVADON.P. - : L'assistance extra-hospitalière vers une assistance extra-hospitalière efficace. Annales Médic. psych. Janvier 1947 n° 1 - 30 - 57.

SIVADON P. - : L'évolution de l'assistance psychia--trique. Technique hospitalière -Décembre 1948.

SIVADON - DUCHENE. - : Santé mentale - hygiène mentale - prophylaxie mentale. Encycl. M.C. 1955.

TORRUBIA H. - : A propos de la psych. de secteur. Inf. psych. Octobre 1959 n° 8 - 469.

VERDOREL H. - : Inf. Psych. Mai 63 n° 5 - 271.

TABLE DES MATIERES

- Introduction: page I

- Historique de l'Hôpital psychiatrique de Blida page 5

- Chapitre I.

Etude du mouvement de la population de l'Hôpital de 1958 à 1969 page 18

- Chapitre II.

Etude théorique du secteur page 45

- Chapitre III.

Conclusions et perspectives page 77

- Bibliographie. page 97